

平成 年 月 日

NST 専門療法士臨床実地研修申込書

社会医療法人 きつこう会
多根総合病院長 丹羽 英記 殿

施設名
施設長名 印

フリガナ 氏名		性別 男・女
生年月日	西暦 年 月 日生	歳
現住所		
電話番号		
(西暦記入)	学歴	
年 月		入学
年 月		卒業
年 月		入学
年 月		卒業
(西暦記入)	職歴	
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
取得年月日	資格・免許	免許番号
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
備考		

個人情報保護に関する誓約書

社会医療法人きつこう会

多根総合病院 院長 丹羽 英記 殿

私は、貴院でNST実地修練を実施するにおいて、院内の個人情報保護に関する諸規定を遵守します。また、修練中に知り得た患者・家族および病院関係者の個人情報、当院および取引先業者の情報資産などを、在職中はもちろん退職後も第三者に故意または過失によって漏洩したり、病院に無断で使用したりしないこと、およびその結果として病院に損害を掛けないことを誓約いたします。

平成 年 月 日

住所

氏名 印